

Notas cartográficas do trabalho na Estratégia Saúde da Família: relações entre trabalhadores e população

CARTOGRAPHIC NOTES ON THE WORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: RELATIONSHIPS BETWEEN WORKERS AND THE POPULATION

NOTAS CARTOGRÁFICAS DEL TRABAJO EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: RELACIONES ENTRE TRABAJADORES Y POBLACIÓN

Cinira Magali Fortuna¹, Silvia Matumoto², Celiane Camargo-Borges³, Maria José Bistafa Pereira⁴, Silvana Martins Mishima⁵, Lauren Suemi Kawata⁶, Fernando Silveira⁷, Nunila Ferreira de Oliveira⁸

RESUMO

Essa pesquisa-intervenção teve como objetivo cartografar os movimentos instituídos e instituintes presentes no trabalho da Estratégia Saúde da Família, no que tange a composição de suas práticas cuidativas. O referencial teórico metodológico fundamentou-se na análise institucional, linha esquizoanalítica. Foram realizados encontros grupais com uma equipe para discutir o modo como realizavam os cuidados coletivos em ação de educação permanente em saúde. Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores da equipe e estudantes em atividade acadêmica no serviço. A média de participação foi de doze pessoas por encontro, sendo que se desenvolveram oito encontros no período de março a julho de 2010. Os dados foram agrupados em dois estratos imanentes: as relações da equipe e a relação com os usuários. Os estratos apontaram para o atravessamento das instituições de educação, justiça e da divisão técnica e social do trabalho. A reflexão coletiva em grupo mostrou-se potente, para desnaturalizar processos instituídos e interrogar lugares, saberes e práticas.

DESCRIPTORES

Saúde da família
Processos grupais
Atenção Primária à Saúde
Educação em saúde
Equipe de assistência ao paciente

ABSTRACT

The objective of this intervention study was to map instituted and instituting movements present in the work of the Family Health Strategy in the development of their care practices. The theoretical framework is based on institutional analysis, using the schizoanalytic approach. Group meetings were carried out with the staff to discuss how they provided collective care in continuing health education. The study subjects were professionals from the team and students who were engaged in academic activity in the service. The average attendance was twelve people per meeting, and there were a total of eight meetings from March to July 2010. Data were grouped into two immanent strata: the relationships of the team and the relationship with clients. The strata point to the intersection of education and legal institutions and the social and technical division of labor. Collective thinking in groups appeared to be effective in denaturalizing established processes and interrogating places, knowledge and practices.

DESCRIPTORS

Family health
Group processes
Primary Health Care
Health education
Patient care team

RESUMEN

Investigación-intervención que objetivó cartografiar los movimientos presentes en el trabajo en la Estrategia Salud de la Familia sobre la composición de sus prácticas de atención. Referencial teórico-metodológico fundamentado en análisis institucional, línea esquizoanalítica. Fueron realizados encuentros grupales con un equipo para discutir cómo se realizaban los cuidados colectivos en acción de educación continua en salud. Los sujetos de investigación fueron trabajadores del equipo y estudiantes en actividad académica en el servicio. El promedio de participación fue de doce personas por encuentro, sobre ocho encuentros entre marzo y julio de 2010. Se agruparon los datos en dos estratos imanentes: las relaciones del equipo y la relación con los pacientes. Los estratos indicaron la obstaculización de las instituciones de educación, de la justicia y de la división técnica y social del trabajo. La reflexión colectiva en grupo se mostró potente para desnaturalizar procesos instituidos y plantear interrogantes sobre lugares, saberes y prácticas.

DESCRIPTORES

Salud de la familia
Procesos de grupo
Atención Primaria de Salud
Educación en salud
Grupo de atención al paciente

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. fortuna@eerp.usp.br ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. smatumoto@eerp.usp.br ³ Psicóloga. Doutora em Saúde Pública. Professora da NHTV Breda University of Applied Sciences. Netherlands. celianeborges@gmail.com ⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. zezebis@eerp.usp.br ⁵ Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. smishima@eerp.usp.br ⁶ Enfermeira. Doutoranda na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. lsuemi@hotmail.com ⁷ Cirurgião Dentista da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e Doutorando em Ciências da Saúde da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. fernandossilveira.48@gmail.com ⁸ Enfermeira. Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. nunilaferreira@gmail.com

INTRODUÇÃO

As equipes de saúde da família situam-se na atenção primária como uma aposta para reorientar as práticas de saúde e confirmar a defesa dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como o direito pleno à saúde de qualidade, à integralidade da atenção, à equidade, entre outros⁽¹⁾.

Estudos⁽²⁻⁴⁾ vêm demonstrando que a reprodução na Estratégia Saúde da Família (ESF) do modelo de atenção hegemônico, centrado em ações prescritivas e curativas, é um risco e uma possibilidade iminente. A reprodução desse modelo, que privilegia o saber biomédico como, muitas vezes, o único possível, mantém a relação tradicional de saber-poder sobre o seguimento das famílias atendidas.

Por outro lado, as equipes de saúde da família apresentam potência para desenvolver as práticas cuidativas⁽⁵⁾ que articulam as tecnologias duras, leve-duras e leves⁽⁶⁾ comandadas pelas leves (das relações, como o acolhimento e o vínculo).

Essa potência geradora de um modo novo, singular, de cuidar pode ser enunciada por dispositivos, os quais são práticas, fenômenos, discursos e outros elementos que encarnam, personificam, representam concretamente, e ao mesmo tempo de forma dinâmica, as lógicas que imperam em determinada realidade, com a forma peculiar de possibilitarem a explicitação e a análise dessas lógicas⁽⁷⁻¹⁰⁾. No presente artigo, como exemplo, o formato de grupo serviu como dispositivo para a análise das práticas cuidativas de uma equipe da ESF.

As práticas de uma equipe podem ser mapeadas, cartografadas, pelo movimento de suas linhas⁽⁷⁾, as quais são forças que compõem a realidade e as instituições, e sua evidenciação permite captar modos e movimentos produzidos em uma determinada prática.

Não se trata de nomear as linhas que formam a realidade para predizer destinos ou fazer constatações imóveis, mas de captar os modos de passagem das linhas, quaisquer que sejam: duras, lineares, binárias ou circulares, assim como as de fuga, para intensificar e vivificar a criatividade, o desejo e a singularidade⁽¹⁰⁾.

Os grupos, a saúde, as profissões, a divisão técnica e social do trabalho, a família, a educação, a linguagem são instituições, normas, regras e estatutos ditos ou não, escritos ou não, cujo emaranhado dá corpo e vida à sociedade^(9,11).

As instituições constituem aquilo que está dado, que é permitido e aceito. Possuem movimentos de mudança (instituinte) e de reprodução (instituído) incessantes. É nesse interjogo que suas atualizações, continuidade e mudanças são processadas⁽⁹⁾.

Para fins didáticos é interessante utilizar a metáfora de considerar as instituições como estátuas de areia⁽¹²⁾, com sua aparência fixa porém, em sua essência, com uma intensa movimentação de grãos de areia (instituinte) que podem ir ao vento, fazer dunas, cobrir paisagens, desmanchar a forma estática para compor outras expressões novamente de aparência fixa.

O presente estudo situa-se na intersecção dos campos de conhecimento da Educação Permanente em Saúde^(6,13-14), da Análise Institucional⁽⁷⁾, especialmente da corrente esquizoanalítica⁽¹²⁾ e da micropolítica do trabalho em saúde⁽⁶⁾.

A intersecção mais explícita desses campos é o grupo como instância de aprendizagem, que pode ser espaço de autoanálise e de autogestão, ao evidenciar a micropolítica do trabalho em saúde com seus movimentos de atravessamento e transversalização, assim como a incessante co-produção de subjetividades, de trabalhadores, de conhecimentos, de serviços e de seus usuários.

Nesse trabalho, grupo é entendido como uma estrutura em permanente desestruturação⁽¹⁴⁾, em que fala-se sobre uma instituição cujas linhas de força de reprodução e de manutenção da sociedade se manifestam (aquilo que está dado), assim como as linhas de produção do novo e da diferença, em um processo dialético. É um dispositivo em ação⁽⁸⁾, que carrega a disposição para a mutação e para o encontro de outros e de outrens.

Como dispositivo, os grupos fazem ver e falar⁽⁸⁾, assim, pretende-se captar e expressar algumas composições da micropolítica do trabalho em saúde, manifestas em encontros grupais de uma equipe da estratégia de saúde da família. Nessas composições atravessam uma infinidade de movimentos.

Os movimentos de reprodução, quando interrogados e problematizados, têm a força de serem produtores de um modo novo de cuidar.

O referencial teórico metodológico da análise institucional na saúde coletiva ainda possui publicação escassa, embora tenha coerência com as perspectivas do movimento sanitário brasileiro de produzir protagonismo dos trabalhadores e dos usuários por meio de processos democráticos⁽¹⁵⁾. Nesse sentido, esse estudo apresenta contribuições.

É tarefa da análise institucional e da Educação Permanente em Saúde examinar com os sujeitos envolvidos, os movimentos e as composições. Para a esquizoanálise, o norte é a defesa radical da diferença, o estranhamento do que está posto e aparentemente acabado, por acreditar na potencialidade dos devires possíveis para a renovação das práticas.

As práticas de uma equipe podem ser mapeadas, cartografadas, pelo movimento de suas linhas, as quais são forças que compõem a realidade e as instituições, e sua evidenciação permite captar modos e movimentos produzidos em uma determinada prática.

Assim, essa pesquisa se aterá aos encontros e desencontros, similaridades e diferenças entre as práticas de saúde que se fizeram ver e falar nos encontros grupais realizados.

A questão norteadora dessa produção foi: Quais são os movimentos instituídos e instituintes que podem ter visibilidade e dizibilidade em grupos de Educação Permanente em Saúde (EPS) com a equipe de saúde da família, tomando por eixo central as práticas cuidativas?

OBJETIVO

Cartografar os movimentos instituídos e instituintes na composição das práticas cuidativas de uma equipe da estratégia saúde da família.

MÉTODO

A pesquisa pode ser considerada como instituição⁽¹⁶⁾ e, como tal, tem se firmado como busca de verdades generalizáveis e capazes de explicar causas e efeitos de problemas identificados em uma dada realidade.

A lógica binária está hegemonicamente presente no universo científico ao separar sujeito e objeto, subjetividade e objetividade, realidade e sujeito, amostras e populações, qualidade e quantidade, conhecimento e transformação, entre outros aspectos.

Como instituição, o estudo constitui-se de processos instituintes que provocam e procuram romper com a lógica dominante, cuja expressão usual é o positivismo científico. Não é com essa forma de pesquisar que se afilia essa investigação, pois para a análise institucional a pesquisa é um processo que não se separa da intervenção: toda pesquisa, ao mesmo tempo, é um processo de conhecer e de transformar⁽⁷⁾.

Em vez de um caminho pré-determinado denominado método, com traçados *a priori*, a pesquisa intervenção trilha um *hodos metá*⁽⁷⁾ que compreende uma reversão no percurso metodológico, se comparado às estratégias tradicionais de investigação. Nesse processo, as metas e etapas são traçadas ao longo de sua execução, (...) *pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto de pesquisa, o pesquisador e seus resultados*⁽⁷⁾.

Assim, a pesquisa intervenção não pressupõe um investigador que vai a um campo ou a uma realidade em busca dos dados que ali estão. Na pesquisa esquizoanalítica, ele é um cartógrafo que pretende mapear linhas e territórios sabendo-os provisórios e imanentes entre si.

Isso significa que os dados são assumidamente produzidos e não coletados. São produzidos nos encontros entre o cartógrafo e as forças de mudança e de reprodução como: os planos imanentes e as linhas de força instituintes

e instituídas. O pesquisador-cartógrafo é atravessado por instituições e assim necessita da análise de sua implicação com o intuito de anunciar-se como produto e produtor de uma das múltiplas expressões escritas possíveis sobre a realidade estudada/produzida^(7,11).

A proposta da pesquisa intervenção foi apresentada a cinco equipes de saúde vinculadas à Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto (SP), das quais houve disponibilidade de três, e apenas uma foi escolhida (por sorteio).

Essa equipe foi constituída de 14 pessoas: uma agente comunitária, uma dentista, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais, uma enfermeira, um médico, uma enfermeira mes-tranda, uma aluna do quarto ano de graduação em enfermagem, dois médicos residentes em saúde da família, uma estudante aprimoranda de psicologia, e dois estudantes de graduação em odontologia.

O grupo de pesquisadores foi formado de três pessoas: uma coordenadora; uma observadora silente (ambas com formação em coordenação de grupos segundo a vertente de Pichon-Rivière⁽¹⁴⁾ e em formação na especialização em análise institucional e esquizoanálise pela fundação Felix Guattari); e uma estudante de graduação de enfermagem, bolsista do projeto de pesquisa, que participou como observadora silente.

No presente estudo os dados foram produzidos em conexão com a equipe de saúde da família escolhida, e coletados no Distrito Oeste de Saúde de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo, em oito encontros grupais de educação permanente em saúde, durante os quais a equipe se propôs a analisar os cuidados coletivos que realizava com a população adscrita. Esses encontros ocorreram no período de março a julho de 2010, com presença média de 12 pessoas, os quais forneceram o material de análise, que foi gerado em duas etapas.

Na primeira, após cada encontro grupal, as pesquisadoras se reuniram com a equipe do estudo para identificar os movimentos do grupo, as instituições presentes, os atravessamentos, os não-ditos pela equipe, e os elementos que estruturariam a preparação do encontro seguinte e a elaboração de um relatório. Esses relatórios foram apresentados e discutidos com a equipe de saúde nos encontros subsequentes.

Cada um dos oito encontros foi áudio-gravado pelas pesquisadoras. Na segunda etapa, essas gravações foram transcritas e ordenadas.

Tanto o material produzido após essas duas etapas, quanto a vivência das pesquisadoras nesse processo (impressões, angústias, alegrias, dúvidas) foram analisados e serão apresentados mais adiante nos resultados, incluindo a análise de implicação, o conceito da análise institucional em que se explicita os interesses, sentimentos, reações, diante da organização estudada^(9,16).

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo de nº 251/2007. Todos os integrantes da equipe escolhida para o estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme orienta a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa contou com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (processo número 2008/00921-0).

RESULTADOS

A pesquisa intervenção e o referencial da análise institucional faz considerar como resultado (e resultante) a análise de implicação. Ela indica o grau de envolvimento do analista e do pesquisador com o estabelecimento em análise e suas instituições múltiplas⁽¹⁶⁾.

Dessa forma, a apresentação dos resultados será iniciada pela análise de implicação, seguida da apresentação de dois extratos ou dimensões da micropolítica do trabalho da equipe: as relações entre os trabalhadores e as relações com a população.

Análise de implicação

Uma dificuldade que se anuncia nesse estudo é a análise de implicação de diferentes autores em uma produção coletiva. Assim, optou-se pelos aspectos da implicação comuns a todos que assumiram a autoria. De algum modo os autores estão atrelados à universidade e, dessa forma, a instituição educacional está presente em cada um. A equipe escolhida para a realização do estudo está ligada administrativamente à mesma universidade de trabalho ou de formação das pesquisadoras. Foi questionado o quanto a pesquisa poderia representar *mais trabalho* para a equipe de saúde da família estudada e isso modulava a demanda: *cuidem de nós, já estamos sobrecarregados*.

Também modulava a oferta: a análise coletiva na qual também está presente a instituição pesquisa. Explica-se: os autores também estão atravessados pela instituição científica que *vai a campo*, que *analisa*, que *explica*. Como fazer isso interrogando esses instituídos em cada um, permitindo o *lugar de não-saber*? Esse foi o desafio mais precioso. Houve a oferta de uma pesquisa intervenção aos trabalhadores que se complementava com a tarefa do serviço de receber e apoiar a academia em sua missão de pesquisar e ensinar. No primeiro encontro, quando a equipe já havia concordado em participar da pesquisa intervenção, houve o pacto do número de encontros, da forma de participação, dos sujeitos, das tarefas e das atividades.

O pedido da equipe vinha em forma de solicitação de espaço de *relaxamento*:

Integrante 1 - Eu acho que eu não me expressei muito claramente. Eu quis dizer, assim, vai ter trabalho, tipo joga uma bolinha aqui e daí dá uma resposta? Ou vai ter uma coisa diferente, um outro tipo de relaxamento?

(Encontro 1).

Havia o anúncio, por parte da equipe, de uma sobrecarga de trabalho e também de um certo incômodo, pois analisar os cuidados produzidos pela equipe poderia evidenciar dificuldades e isso gerava receios:

Integrante 1 - Tem como trabalhar, (...), para poder não estressar lá na frente? É para desestressar a equipe. Está muito sobrecarregado, é muita coisa em cima da gente. Muita cobrança, muita coisa para fazer. Entendeu? E nós, a equipe, quem é que está cuidando? (...) Coordenadora - E essa questão do receio do que possa acontecer, vamos conversar um pouquinho mais dele?

Integrante 3 - Eu não tenho muita experiência, mas eu participei de grupos (...) Eu acho que sempre tem uma expectativa como qualquer coisa que você vá fazer pode ter algumas dificuldades, alguns problemas. Mas receio de alguma coisa ruim, medo, sensação de que alguma coisa pode acontecer (Encontro 1).

Essa demanda de cuidado vinda dos trabalhadores também gerou nas pesquisadoras receios e medos como o de produzir mais sofrimento, incapacidade de lidar com os problemas explicitados e ainda o medo de “fugir” da proposta de análise do trabalho com a equipe. Esses receios e medos são manifestações da instituição pesquisa nas pesquisadoras, pois o instituído em pesquisa diz de uma ilusão de que pesquisadores têm o controle de processos investigativos, sabem o que fazem e são os principais responsáveis pelos resultados da pesquisa.

O desafio de desenvolver uma pesquisa intervenção aparece aqui claramente ao evidenciar a demanda do grupo por um contrato grupal que trouxesse acolhimento e assegurasse um espaço diferenciado dos tradicionais que geram estresse. Ser pesquisador implicado requer um posicionamento que se distancia da neutralidade tradicional de um pesquisador e convida a um engajamento no aqui-e-agora e no processo de construção grupal pois nesse caso se fez presente a acolhida dos trabalhadores que também estavam acolhendo os pesquisadores.

A seguir a apresentação dos elementos da relação da equipe.

As relações da equipe

A organização e a divisão do trabalho se expressaram quando os trabalhos grupais realizados foram discutidos:

Integrante 1 - E a agenda da enfermagem, como é que faz?

Integrante 4 - A agenda da enfermagem?

Integrante 1 - Eu e a (nome), por exemplo, não podemos participar de grupo porque a recepção toma 100% do nosso tempo e quando não isso, é visita em casa e daí nem eu e nem ela participa de grupo nunca, a não ser quando fecha a unidade.

Coordenadora - Você teria vontade de participar?

Integrante 1 - Todo mundo tem vontade de participar.

(Encontro 2)

Houve a explicitação de que as dificuldades que se processavam entre os trabalhadores faziam com que a equipe perdesse o foco do cuidado do usuário. No sexto encontro houve a produção de três histórias coletivas. No início, a três participantes diferentes, foi dada uma folha com uma frase disparadora que fazia menção ao tema da adesão ou não do usuário às atividades propostas pela equipe. Após um tempo foi solicitado que parassem de escrever e passassem a folha a outro integrante para que complementasse a frase. Foram construídas as seguintes histórias:

Integrante 5 (começa a leitura) - Eu gostaria de dizer que eu amo muito essa Unidade e as pessoas que aqui trabalham. Mesmo estando longe da minha família e amigos, aprendi a encontrar aqui novos familiares e amigos para a minha vida. (...) esse lugar é maravilhoso. Todos batem palma.

Integrante 6 - (lê a segunda história) E o usuário não adere ao grupo, pois o horário de trabalho não permite sua prioridade; medo de faltar no trabalho e ser demitido; a obesidade não incomoda tanto como para as outras pessoas; não consegue contar seus problemas para o profissional (...) Por que não conseguimos fazer com que isso aconteça? (...).

Integrante 3 (lê a história 3) - Ontem ocorreu um fato, a torneira estourou na cozinha. Quando cheguei na unidade, ouvi um barulho, abri a porta e a unidade estava alagada. Tinha funcionário desesperado, procurando baldes livres que ficam guardados nos fundos (...). Preocupado que nem água para beber iria ter então, tive uma ideia brilhante. Liguei o ar condicionado no último, quase na temperatura do Pólo Norte e virou uma máquina de fazer gelo. E não era pouco gelo não, eram vários icebergs (...). Ficamos sem pão e café. Então, emagreci (...). Risos...

Integrante 3 - Esqueceram o usuário...

Integrante 5 - É um fato que aconteceu...

Integrante 3 - Mas era para falar do usuário não ter aderido.
(Encontro 6)

Com o desenvolvimento dessa discussão coletiva os integrantes da equipe também puderam nominar um fato que havia ocorrido naquela semana e que dizia respeito ao acesso ou não dos trabalhadores à senha do telefone da unidade de saúde:

(...) **Coordenadora** - Tem, gente, alguma coisa que vocês gostariam de conversar sobre o andamento da equipe que possa estar precisando ser conversado? (...)

Integrante 3 - Ninguém vai falar de senha?

Integrante 7 - Senha?

Integrante 3 - Ah, vai ser depois na reunião administrativa.

Coordenadora - O que é o negócio da senha?

Integrante 5 - É que o telefone tem uma senha para fazer ligação para celular.

Coordenadora - E algumas pessoas têm a senha e outras não. É isso?

Integrante 5 - É. (...)

Integrante 8 - A (nome) tinha falado que a gente jogou a bomba, ela tinha dado o retorno e ninguém quis ficar com a senha. Eu não vou ficar com a senha. Eu não quero porque jogaram assim: Se acontecer alguma coisa a culpa é de vocês que vão ter que responder...

Coordenadora - Quem falou isso, gente?

Integrante 8 - O chefe e a chefea.

Coordenadora - Quem é o chefe e a chefea?

Integrante 8 - O (nome do médico) e a (nome da enfermeira).

(Encontro 6)

As relações com a população

Um dos modos instituídos da relação do trabalhador de saúde com os usuários é a prescrição de medidas saudáveis ou de condutas e medicamentos. Quando o usuário não *adere* àquilo que foi orientado instalam-se dificuldades que são tratadas de diversas formas:

Integrante 1 - Tem muito tigrão^(a) na área mesmo.

Integrante 4 - A gente dá informação, mas se ela quiser ficar na dela...

Integrante 1 - A gente não pode obrigá-la a se cuidar (...)

Integrante 9 - Acho que é questão de prioridades. A pessoa entendeu a informação, mas ela entendeu a prioridade da informação? Se ela colocar como prioridade aquilo, talvez ela vai deixar um pouco das outras coisas que ela tem que fazer.

(Encontro 4)

A contextualização dos modos de viver e de atribuir sentidos pode interrogar esse modo instituído da relação trabalhador de saúde-usuário. Em um dos encontros, como técnica disparadora, foi solicitada uma atividade em que um participante orientava a realização de um desenho enquanto o outro, de olhos vendados, fazia o desenho, sendo que não poderia ser dito o formato final do desenho, mas somente a descrição dos traços que deveriam ser realizados.

Integrante 9 - A gente enxerga o problema de um jeito e o paciente enxerga de outro. O que é nossa prioridade, às vezes, não é prioridade da pessoa. E isso dificulta a adesão. Acho que para a gente é fácil fazer uma coisa que a gente está vendo, mas a gente sabe como é que é complicado para o paciente que não tem essa visão que a gente tem.

(Encontro 7)

Outro modo de lidar com o *usuário que não adere* é a alta:

^(a) O termo *tigrão* é uma denominação popular comum nos serviços de saúde e é dada aos usuários com os quais a equipe de saúde tem dificuldade de lidar, pois consideram-no *relaxado* com as orientações, prescrições, etc.

Integrante 9 - Eu acho que tem outra perspectiva também, que a gente está vendo o paciente como a vítima de não estar conseguindo entender ou está tendo uma dificuldade. Mas, também, acho que tem um outro lado. Por exemplo, eu vi na fonoaudiologia, minha namorada é fono, e lá é assim faltou tantas vezes o paciente é desligado do serviço. Mas também tem situações que paciente acaba não aderindo tanto por uma certa falta de cuidado, falta de prioridade. E aí, vai levando a situação e o paciente fica acomodado. Então, eu acho que há de se conversar limites. Por exemplo, três oportunidades... no momento se estabelece duas ou três oportunidades e se você continuar a faltar, você será desligado (...)

Coordenadora - O que vocês acham, gente?

Integrante 3 - Eu só acho, assim, é muito diferente o problema desse paciente. Quando precisar encaminhar de novo, ele vai procurar aqui e não vai procurar lá. Entendeu? Aqui é mais difícil de você... (...) Na verdade, é assim, é um dos conceitos de atenção primária que é a porta de entrada. Então...

(Encontro 6)

Quando o usuário não segue as orientações da equipe de enfermagem, seu desligamento, sua alta, do serviço ocorre seguindo as mesmas regras da equipe médica:

(...) **Integrante 1** - Como era o caso do curativo, (nome), que você comentou? O curativo eu vou fazer com essa pomada, eu quero assim.

Integrante 3 - Enfermeira no curativo é igual a médico.

Integrante 1 - Aí, se o paciente resolve fazer por si com outro material, a (enfermeira) fala que com esse produto eu não vou fazer. É mais o menos isso?

Coordenadora - Como que é isso?

Integrante 4 - Aqui a gente segue um protocolo e...

Integrante 3 - Por isso é que nem médico, porque segue protocolo.

Integrante 4 - E a gente tem autonomia para prescrever alguns produtos. Daí, tem alguns pacientes que falam: Não, eu estou usando barbatimão porque meu tio trouxe. Ah, eu te indico a usar isso (...).

Coordenadora - Por que você achou igual, com o que você achou igual?

Integrante 1 - Com relação a dar alta para o paciente. Então, ou você segue as normas que tem que ser do protocolo ou... Uma vez aconteceu isso com um paciente, ou você segue o protocolo, ou você faz sozinha na sua casa e, quando você achar que não deu resultado, você vem e procura e vai seguir do jeito que tem que ser seguido.

(Encontro 6)

Outro aspecto das relações entre os trabalhadores e a população é a dificuldade de incluir no projeto terapêutico de cuidados as formas de relacionamento identificadas como problemáticas pela equipe:

Coordenadora - Como é isso, gente?

Integrante 10 - Ela é ativa.

Integrante 1 - Isso, ela é ativa. Mas, às vezes, quer assumir o controle da situação (...)

Integrante 4 - Ela cria inimizades.

Integrante 1 - É, tem que saber como tratar.

Integrante 4 - Na verdade, ela quer resolver tudo e não consegue compartilhar as decisões com o grupo e, daí acaba criando inimizade com os outros usuários (...)

Integrante 1 - Tem que ter o controle da situação se não ela acha que pode comandar. Daí, ela pensa que é só do jeito dela. Não respeita a maneira dos outros de querer ou não querer daquele jeito.

Coordenadora - Então, (...) ela parece muito ativa.

Integrante 1 - Ela é.

Coordenadora - E aí, a gente precisava de conversar... A gente tem como tarefa, nos espaços coletivos de cuidado, desenvolver justamente esse ativamento (...).

Integrante 2 - Mas, com ela... Por exemplo, quando eu fazia parte do grupo de caminhada e ia fazer alguma coisa e a gente via que ela estava ditando muito além, o grupo de caminhada, eu, a (nome) e a (nome) no caso, chegava e falava: Esse grupo é coordenado por nós e tem que ser decidido por nós. Então, a gente deixava ela meio que... colocava ela no lugar dela. (...) você participa, mas quem coordena o grupo sou eu e a (nome). Agora ela já está no seu lugar, que é de usuário. Entendeu?

Coordenadora - Espera um pouquinho, como é o lugar de usuário aqui?

Integrante 1 - Sim. Participar, mas não querendo invadir e querer tomar conta da situação, e achar que pode liderar. Não sei.

Coordenadora - Mas se o usuário liderar tem problema?

Integrante 3 - Não é problema de liderança. O jeito da pessoa não é bom, talvez, para lidar com grupo.

(Encontro 7)

DISCUSSÃO

A discussão da análise de implicação é pertinente, porque ela se refere à inserção do pesquisador na pesquisa e na intervenção, na produção e na divulgação dos resultados. De acordo com a perspectiva teórica da análise institucional e da esquizoanálise, em que a pesquisa é tomada como processo e articulada à intervenção, o pesquisador é parte ativa e está implicado e atravessado por instituídos e instituintes. Essa abordagem traz como rigor metodológico a explicitação desses atravessamentos. Portanto, a análise de implicação é tomada aqui como parte fundamental, ao prover rigor e validade à pesquisa.

A posição da equipe estudada, no momento do *contrato*, é reveladora de seu desgaste no trabalho em saúde, o qual também é decorrente dos processos de produção de subjetividades contemporâneas da sociedade capitalista, da produção, da competição, do consumismo. Nesse contexto, o trabalhador pede *relaxamento*, que precisou ser problematizado e pactuado tendo em vista a produção dos dados da pesquisa e a instrumentalização da equipe para o trabalho coletivo com grupos. Enquanto nos encontros com a equipe se discutia seu trabalho com grupos, o contrato exigiu das coordenadoras-pesquisadoras um posicionamento cuidadoso no sentido de acolher as necessidades da equipe naquele momento, o que possibilitou o desnudamento das linhas de força e de visibilidade presentes na composição do dispositivo-grupo.

Observou-se também na equipe, um movimento ambíguo de desejo em participar, mas também de fugir, pois o trabalho grupal poderia significar dificuldades e mais trabalho.

As relações entre os trabalhadores da equipe e deles com a população assistida dão corpo e atualizam o atravessamento das instituições, da divisão técnica e social do trabalho, da instituição educação e, ainda, da justiça nas práticas da instituição saúde.

O atravessamento se refere a um entrelaçamento ou interpenetração de natureza conservadora⁽⁹⁾, uma rede dos movimentos instituídos que servem para a reprodução.

Como norma, lei de conduta, a instituição, divisão técnica e social do trabalho, hierarquiza os trabalhadores e as ações que podem ou devem ser realizadas por qualquer um da equipe. A equipe de enfermagem é dividida entre as funções de auxiliares, técnicos de enfermagem sob a coordenação dos enfermeiros. Não se trata apenas de uma divisão técnica de tarefas, mas social, pois atualiza no interior do trabalho a divisão das classes sociais⁽¹⁷⁾.

É a enfermagem que primeiro recebe os usuários na recepção, lida com os casos não agendados, dizendo sim ou não ao acesso da população à consulta médica.

A dificuldade de se definir e pactuar quais casos devem ser *encaixados* no atendimento médico permanece intocada. Parece que um analisador natural⁽⁹⁾ do modo de funcionamento das equipes de saúde da atenção básica é a lida com a demanda espontânea, caixa preta da unidade de saúde⁽⁶⁾.

Na estratégia saúde da família, como os auxiliares e técnicos de enfermagem prosseguem com a execução de ações mais técnicas, pouco conseguem participar das outras atividades como as dos grupos. A explicitação da vontade em participar de outras formas de cuidar, faz com que se interrogue sobre o funcionamento da equipe e seu deslocamento, de maneira a levar outros trabalhadores a se verem na possibilidade de participar da recepção. Uma linha de fuga logo capturada pelo instituído.

Outra expressão da instituição técnica e social do trabalho é a forma de entrada do enfermeiro no cuidado

aos usuários. Suas consultas se fazem por intermédio de protocolos e da sistematização da assistência de enfermagem. Essa entrada pode ser feita na mesma lógica do trabalho instituído do médico o que vai reproduzir uma relação assimétrica de poder com a consequente *dispensa* do usuário que não seguir as condutas indicadas. Esse aspecto corrobora para que o trabalho do enfermeiro da estratégia saúde da família auxilie na manutenção dos modos de trabalhar na saúde⁽⁴⁾.

A instituição educação⁽¹⁸⁾ hierarquiza os que sabem e os que não sabem, nesse caso a população é considerada como despossuída dos saberes científicos sobre a saúde. Somente esse saber/fazer é capaz de restituir o lugar de normalidade, do peso ideal, das taxas de glicemia, dos valores de pressão arterial, do índice de massa corporal, das taxas de colesterol, etc. Para tanto, os usuários devem aderir ao que lhes é ensinado e prescrito, assim, quando exercem sua autonomia ou quando os trabalhadores se deparam com dificuldades em manter o seguimento e constatarem as reais condições de vida e de trabalho, em que as medidas não são cabíveis, ocorre uma fissura no instituído. Essa fissura permite uma conexão nessa relação, mesmo que pautada por uma hierarquia de saberes como foi o caso da equipe estudada, pois embora houvesse empatia com a condição do usuário não aderente, não houve a possibilidade de considerar uma escolha diferente.

Essa linha de fuga que, checa a adequação e a viabilidade das orientações, leva a equipe para uma abertura, para a possibilidade de problematizar o que está sendo oferecido, caracteriza-se como um primeiro caminho para futuras negociações com o usuário em seu cuidado. Uma linha de fuga capturada pela normatividade do dar alta e de se recusar a cuidar quando o usuário é rebelde, tigrão.

A instituição justiça estabelece os que julgam como idôneos e os julgados como praticantes das transgressões às regras. Os que julgam estabelecem uma penalidade. Nas práticas da saúde a pena é o desligamento, o não cuidado. A justificativa dos trabalhadores é a educação da população. Uma diferença se manifesta: como dar alta a um usuário morador no território do qual a equipe de saúde da família é responsável?

A equipe propõe *um tempo* para que o usuário pense em sua condição de saúde e na proposta de tratamento ofertada. A explicitação desses processos que ocorrem de forma naturalizada na equipe também pode fazê-la repensar nas suas propostas de cuidado.

A inclusão das dificuldades de relacionamento como parte do projeto de cuidar, apontou dificuldades na lida com alguns usuários, emergindo a interrogação quanto ao lugar do mesmo: um lugar subordinado ou ativo? Paciente? Um lugar que tira a equipe da coordenação da caminhada e dos grupos e que a mesma tenta recuperar, calando e normatizando. No entanto, uma brecha para interrogar lugares, fazeres e saberes: como coordenar sem ser mandão, ouvir e considerar opiniões?

As três histórias elaboradas pela equipe se enca-

deiam, explicitam os laços e vínculos entre os trabalhadores. O início mostrou, talvez, uma reparação pelos desentendimentos, as dificuldades com a adesão dos usuários e os *vazamentos* que se processaram nas relações que envolveram a hierarquia e a confiança entre os trabalhadores. Isso fez sumir o usuário da cena e da história. Esses aspectos das relações presentes na micropolítica do trabalho em saúde faz com que se perca a dimensão cuidadora⁽⁷⁾ e assim as práticas cuidativas necessitam da interrogação dos modos de saber/fazer para que se viabilizem no cotidiano do trabalho das equipes.

CONCLUSÃO

O presente estudo cartografou algumas linhas de força que dão pistas da presença de formas instituídas e instituintes do trabalho de uma equipe de saúde da família na

sua tarefa cuidativa. As relações dos trabalhadores entre si e deles com a população segue os modelos tradicionais de assistência à saúde com o atravessamento das instituições, da divisão técnica e social do trabalho, da justiça e da educação. Certamente, outras instituições atravessam o cotidiano e os modos de funcionamento da equipe.

A vivência seguida de reflexão sobre as formas como as relações dos trabalhadores aproximam-nos ou afastam-nos da tarefa de cuidar, assim como a explicitação das dificuldades de inventar novas formas de se relacionar, tensionam a equipe.

Aposta-se nessa tensão e na reflexão coletiva possível de se fazer em grupos de análise do trabalho como capacidade de desnaturalização do instituído, daquilo que se apresenta como *normal* para dar passagem à invenção de outros modos de se fazer saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2011 jul. 22]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf
2. Franco TB, Andrade CS, Santos VS. A produção de subjetiva do cuidado: cartografia da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec; 2009.
3. Romagnoli RC. Breve estudo institucionalista acerca do Programa Saúde da Família. Saúde Soc. 2009;18(3):525-36.
4. Ermel RC, Fracoli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa Saúde da Família em Marília/SP. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):533-9.
5. Ferraz F, Salum NC, Carraro TE, Radünz V, Espinoza LMM. Educação permanente no trabalho como um processo educativo e cuidativo do sujeito-cuidador. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(3):344-50.
6. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
7. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009.
8. Barros RDB. Dispositivo em ação: o grupo. In: Silva AE, Neves CAB, Rauter C, Passos E, Barros RBB, Josepshon SC, organizadores. Subjetividade: questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 183-91.
9. Baremlitt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5ª ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.
10. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs. 2ª ed. São Paulo: Editora 34; 1996.
11. Baremlitt G. Introdução á esquizoanálise: coleção esquizoanálise e esquizodrama. 3a ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2010.
12. Barros RDB. Grupo: a afirmação de um simulacro. 3ª ed. Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2009.
13. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccin RB. Educación permanente em salud: uma estratégia para intervenir em la micropolítica del trabajo em salud. Salud Colectiva. 2006;2(2):147-60.
14. Pichon-Rivière E O processo grupal. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1982.
15. L'Abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(1):265-74.
16. Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. Rev Psicol. 2008; 20(1):19-26.
17. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latino Am Enferm. 2000;8(6):96-101.
18. Pereira WR, Tavares CMM. Pedagogical practices in nursing teaching: a study from the perspective of institutional analysis. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2011 jul. 22];44(4):1077-84. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_32.pdf